

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

-----  
**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
(USTTB)**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**Année Universitaire 2017/2018**

**N°...../**

# **THESE**

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET  
THERAPEUTIQUES DES MASSES CERVICALES A PROPOS DE 51  
CAS COLLIGES DANS LE SERVICE D'ORL-CCF DU CHU GABRIEL  
TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le / / /2018

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par Monsieur : Boubacar Sidiki DIAMOUTENE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

## **JURY**

**Président : Pr Alhousseïni AG MOHAMED**

**Membres : Pr Samba Karim TIMBO**

**Dr Siaka SOUMAORO**

**Codirecteur de thèse : Dr Fatogoma Issa KONE**

**Directrice de thèse : Pr DOUMBIA Kadidiatou SINGARE**

## Table des matières

Dédicace.....	v
Remerciements.....	vii
Liste des abréviations.....	xvi
<b>I. Introduction</b> .....	2
<b>II. Objectifs</b> .....	4
2.1. Objectif général.....	4
2.2. Objectifs spécifiques.....	4
<b>III. Généralités</b> .....	6
3.1. Rappels anatomiques.....	6
3.2. Les types de tuméfactions cervicales.....	13
4.1. Cadre et lieu d'étude.....	17
4.2. Patients et méthode.....	21
<b>V. Résultats</b> .....	24
5.1. Les caractéristiques sociodémographiques :.....	24
5.2. Données cliniques.....	25
5.3. Données para-cliniques.....	28
5.4. Traitement.....	34
5.5. Evolution.....	35
<b>VI. Commentaires et discussion</b> .....	37
6.1. Aspects selon les données sociodémographiques.....	37
6.2. Signes associés.....	38
6.3. Etude para clinique.....	39
6.4. Aspects thérapeutiques.....	41
6.5. Les incidents opératoires.....	42
<b>VII. Conclusion</b> .....	45
<b>VIII. Recommandations</b> .....	47
<b>IX. References</b> .....	49
<b>X. Annexes</b> .....	55

## Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon le sexe .....	24
Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge .....	24
Tableau III: Répartition des patients selon les signes associés à la masse .....	25
Tableau IV: Répartition des patients selon le délai de consultation .....	25
Tableau V: Répartition des patients selon l'aspect de la peau .....	26
Tableau VI: Répartition des patients selon les caractéristiques de la masse .....	26
Tableau VII: Répartition des patients selon la topographie de la masse .....	27
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du type histologique et du sexe .....	28
Tableau IX: Répartition des patients en fonction du type histologique et de l'âge .....	29
Tableau X : Répartitions des patients selon l'imagerie.....	32
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du résultat de l'anatomie pathologie .....	32
Tableau XII : Répartition des patients selon le taux des hormones thyroïdiens TSH et T4 (N=33) dans les tumeurs de la glande thyroïde.....	33
Tableau XIII: Répartition des patients selon le type de chirurgie .....	34
Tableau XIV: Répartition des patients selon les incidents opératoires.....	35

# **DEDICACE**

## **Dédicace**

### **A Allah**

Le Tout puissant, Omniscient et Omnipotent.

Qui m'a inspiré.

Qui m'a guidé dans le bon chemin.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Qui, par Sa Grâce et Sa Majesté, m'a soutenu tout au long de mon cursus scolaire et universitaire.

Louanges et remerciements Pour votre clémence et miséricorde.

### **A mon Père Feu Yacouba DIAMOUTENE dit Charly.**

Cher père, vous avez su nous transmettre les valeurs de fraternité, de sens de la famille, de justice, de paix, de liberté, d'égalité sans discrimination, de travail bien fait, de respect de la dignité humaine, de partage et d'amour.

Nous te remercions pour tous vos sacrifices, vous vous êtes toujours sacrifié afin que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui.

Dors en paix et que la terre te soit légère. Amen

### **A ma Mère Rokiatou MALLE.**

Chère Maman, je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et j'espère avoir été digne de votre confiance. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude. Je t'aime maman, tu as été toujours présente pour t'occuper de nous et nous n'avons rien à envier aux autres. Ton honnêteté, ton courage, ta générosité, ton amour et ton affection pour les enfants d'autrui font de toi une mère exemplaire. Notre réussite est le fruit de tes efforts. Maman nous te demandons de persévérer dans ce sens pour que nous puissions continuer à bénéficier de cette immunité.

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que vous m'avez donné. Que Dieu t'accorde une meilleure santé et longue vie.

**Je vous dédie le présent travail, en témoignage d'une reconnaissance et d'un amour inébranlable.**

### **A notre tante Safoura TRAORE.**

Mes sincères remerciements et reconnaissances pour tout.

Merci pour ton soutien inestimable.

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements**

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel j'ai bénéficié des encouragements, du soutien et surtout de l'encadrement de plusieurs personnes, à qui je tiens à dire profondément et sincèrement merci.

### **A mes grands-parents**

Je vous dédie ce travail en priant Dieu le tout puissant de vous procurer santé, miséricorde et longue vie.

### **A tous mes oncles et tantes de la famille DIAMOUTENE**

Merci pour vos soutiens, encouragements, et les conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. J'espère que vous trouverez ici le témoignage de ma profonde affection.

Que Dieu vous protège.

### **A mes oncles et tantes de la famille MALLE**

Vous avez été pour moi plus qu'un père et une mère. Je ne saurai vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

Merci pour votre soutien.

### **A tous les membres de ma famille**

#### **A tous mes cousins et cousines**

Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

### **A tous mes amis et collègues de promotion**

**A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.**

**A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.**

**A tous mes enseignants tout au long de mes études.**

**A tous les techniciens supérieurs et Assistants Médicaux du Service ORL-CCF du CHU Gabriel Touré particulièrement à Tonton Amidou DIAMOUTENE.**

Merci pour vos conseils et votre collaboration et votre gentillesse.

**A mes Collègues, thésards du service ORL-CCF du CHU GT:** Madame Traoré Kadidiatou Traoré, Oumou Coulibaly, Mahamadou Doumbia. Vous avez tous contribué pour la réussite de ce travail, je vous serai reconnaissant.

**Aux CES et aux médecins spécialistes du service ORL-CCF CHU GT,** merci pour vos soutiens, vos enseignements, vos conseils.

**A tous mes maîtres du service d'ORL-CCF du CHU GT:**

Pr AG MOHAMED Alhousseini, Pr TIMBO Samba Karim, Pr KEITA Mohamed Amadou, Pr DOUMBIA Kadidiatou SINGARE, Pr SACKO Hamidou Baba, Dr SOUMAORO Siaka, Dr GUINDO Boubacary, Dr SIDIBE Youssouf, Dr KONE Fatogoma Issa.

Soyez rassurés de notre infinie gratitude et nos Sincères remerciements pour notre formation.

# HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

**Hommage aux membres du jury :**

**A notre maître, et Président du jury :**

**Professeur Alhousseïni AG MOHAMED**

**Professeur Honoraire en ORL et CCF**

**Ancien coordinateur du DES d'ORL et CCF**

**Ancien Directeur Général de l'Institut National de Formation en Sciences  
de la Santé (INFSS)**

**Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale d'Aviation  
Civile (ANAC)**

**Président d'honneur de la société malienne d'ORL et CCF (SMORL)**

**Ancien Président de l'Ordre National des Médecins du Mali**

**Ancien Vice Doyen de la faculté de médecine de pharmacie et  
d'odontostomatologie (FMPOS)**

**Chevalier de l'ordre national du Mali**

**Chevalier de l'ordre national du lion du Sénégal**

**Membre fondateur de la Société d'ORL-CCF d'Afrique Francophone  
(SORLAF)**

**Cher maître,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la  
présidence de notre jury de thèse.

Votre ardeur dans le travail et vos qualités humaines et professionnelles sont  
connus de tous et suscitent toujours notre admiration.

Veillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime et notre profond  
respect.

Que Dieu vous accorde santé et longévité afin que nous puissions hériter de vos  
nombreuses vertus. Hommage respectueux

**A notre maître et juge de thèse**

**Pr Samba Karim TIMBO**

**Professeur titulaire en ORL et CCF**

**Président de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico faciale (SMORL)**

**Membre de l'Assemblée de la Faculté à la FMOS**

**Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF)**

**Membre de l'Institut Portmann de Bordeaux(France).**

**Chef du DER de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales.**

**Directeur Médical du CHU Gabriel TOURE de Bamako.**

**Cher maître**

Vous avez bien voulu nous guider à chaque étape de la réalisation de ce travail. Malgré vos nombreuses occupations, votre disponibilité, vos conseils et orientations éclairées ne nous ont jamais fait défaut.

Ce fut une joie d'avoir mené ce travail avec vous.

Votre accueil chaleureux, votre sourire bienveillant, la clarté de vos enseignements, votre sagesse, sont autant de qualités qui suscitent en nous admiration et profond respect. Veuillez accepter cher maitre, l'expression de nos respectueux hommages.

**A notre maître et juge de thèse :**

**Docteur Siaka SOUMAORO**

**Maitre-assistant d'ORL à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE**

**Membre de la Société Malienne d'ORL (SMORL)**

**Membre de la Société Bénino-togolaise d'ORL (SOBETORL)**

**Cher maître,**

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Soyez rassuré cher maitre, de tout notre attachement et de notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous prête longue vie.

**A notre maître et Co-directeur:**

**Docteur Fatogoma Issa KONE**

**Maître-assistant ORL et CCF à la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie (FMOS)**

**Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**

**Ancien interne des hôpitaux**

**Secrétaire aux Activités Scientifiques de la Société Malienne d'ORL  
(SMORL)**

**Cher maitre**

Vous avez insufflé vie à ce travail.

Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre admiration et notre  
profond respect.

Que Dieu réalise vos ambitions.

**A notre maître et directrice de thèse:**

**Professeur DOUMBIA Kadidiatou SINGARE**

**Professeur Agrégé en ORL et CCF**

**DIU en Cancérologie**

**DIU en Pédagogie médicale**

**Secrétaire Général de la Société Malienne d'ORL-CCF**

**Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF)**

**Cher maître**

Ce fut une joie d'avoir mené ce travail avec vous.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Durant notre séjour nous avons appris auprès de vous de la rigueur scientifique. Votre dévouement dans l'encadrement des étudiants et votre engagement perpétuel pour la promotion de la qualité des soins ORL font de vous un exemple à suivre.

Voici, l'occasion pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

Merci cher maître, de votre enseignement, de votre soutien. Recevez mes remerciements les plus profonds.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité.

# LISTE DES ABREVIATIONS

## Liste des abréviations

**ADP** : Adénopathie

**ATCD** : Antécédents

**CHU** : Centre Hospitalier-Universitaire

**CRP** : Protéine C réactive

**GT** : Gabriel TOURE

**KTT** : Kyste du tractus thyroïdologique

**LK** : Lymphangiome kystique

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**ORL et CCF** : Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

**PF** : Paralysie faciale périphérique

**T3** : Triiodothyronine

**T4** : Tétraiodothyronine

**TCA** : Temps de céphaline active

**TDM** : Tomodensitométrie

**TP** : Temps de prothrombine

**TSH**: Thyroïdostimuline hormone

**USA** : United States of America (États-Unis d'Amérique)

**VAS** : Voies aériennes supérieures

**VADS** : Voies aéro-digestives supérieures

# **INTRODUCTION**

## I. Introduction

Les masses cervicales sont définies comme un ensemble de néoformations bénignes ou malignes développées au niveau du cou, dans sa partie médiane ou latérale, et cela à partir des différentes structures anatomiques qui forment le cou (vaisseaux, nerfs, ganglions lymphatiques, viscères, muscles) [1, 2, 3].

Dans cette région le développement d'une masse ouvre un champ très vaste d'hypothèses diagnostiques allant d'une adénopathie d'accompagnement à une manifestation tumorale [1].

Le développement progressif de ces masses entraîne une compression des organes de voisinage qui se manifeste cliniquement par : une dyspnée, une dysphonie ou une dysphagie [5, 6,7].

La chirurgie garde une place importante dans la prise en charge de ces masses cervicales [9, 10].

Au Maroc, une étude réalisée par **Kisra M** a montré une prévalence hospitalière de 1,05% de l'ensemble des hospitalisations ORL [4].

Au Mali, pas d'études sur les masses cervicales en tant qu'entité sémiologique et qui constituent un motif de plus en plus fréquent de consultation dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

Ce travail a été initié dans le but d'étudier les aspects sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques des patients admis pour masse cervicale dans le service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

# **OBJECTIFS**

## **II. Objectifs**

### **2.1. Objectif général**

- Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des masses cervicales dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients porteurs de masses cervicales.
- Identifier les différentes étiologies
- Décrire les principaux examens complémentaires permettant d'étayer le diagnostic.
- Donner l'importance de la chirurgie dans la prise en charge de ces masses cervicales.

# GENERALITES

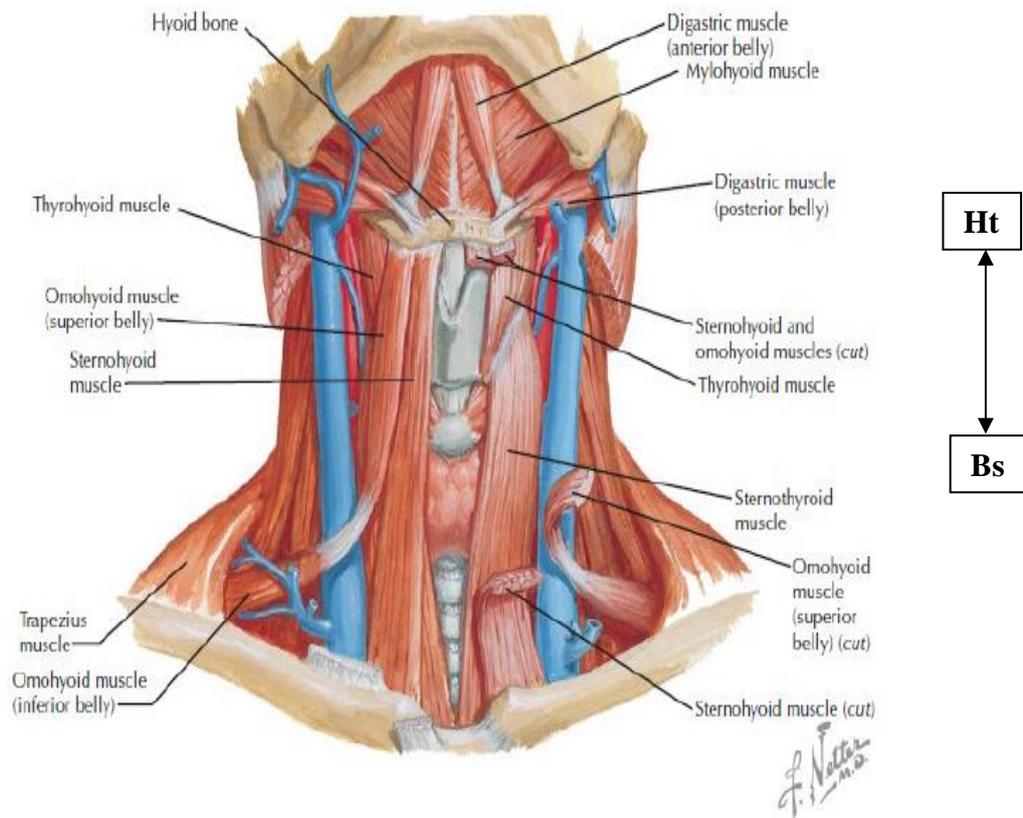
### **III. Généralités**

#### **3.1. Rappels anatomiques**

##### **3.1.1. Anatomie descriptive et topographique**

Le cou se retrouve entre le rebord inférieur de la mandibule et les épaules. La mandibule est un os en forme de fer à cheval dont la jonction du corps et de la branche montante forme l'angle de la mandibule. De chaque côté du cou, nous retrouvons une artère carotide commune qui se divisera en carotide externe et en carotide interne. Le retour veineux de la tête et du cou est assuré par le réseau veineux de chaque côté formé par des veines jugulaires internes, externes et antérieures. Le cou possède un riche réseau lymphatique composé principalement de multiples ganglions responsables du drainage lymphatique de la tête et du cou. Antérieurement à la colonne cervicale se trouvent l'œsophage, le pharynx, le larynx, la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes et la trachée [9].

Le système musculaire comprend les muscles vertébraux autour de la colonne cervicale, les scalènes, les trapèzes, les sterno-cléido-mastoïdiens, les muscles infra hyoïdiens (les Omo hyoïdiens, les sternohyoïdiens, les sternothyroïdiens et les thyrohyoïdiens), les muscles supra-hyoïdiens (le mylohyoïdien, les digastriques, le stylo hyoïdien et les géniohyoïdiens) et le platysma superficiellement (photo 1). De nombreuses structures nerveuses se retrouvent également dans le cou dont certaines possèdent une importance chirurgicale cruciale notamment les plexus cervical et branchial, les paires crâniennes VII (branches marginale et cervicale), IX, X, XI et XII.

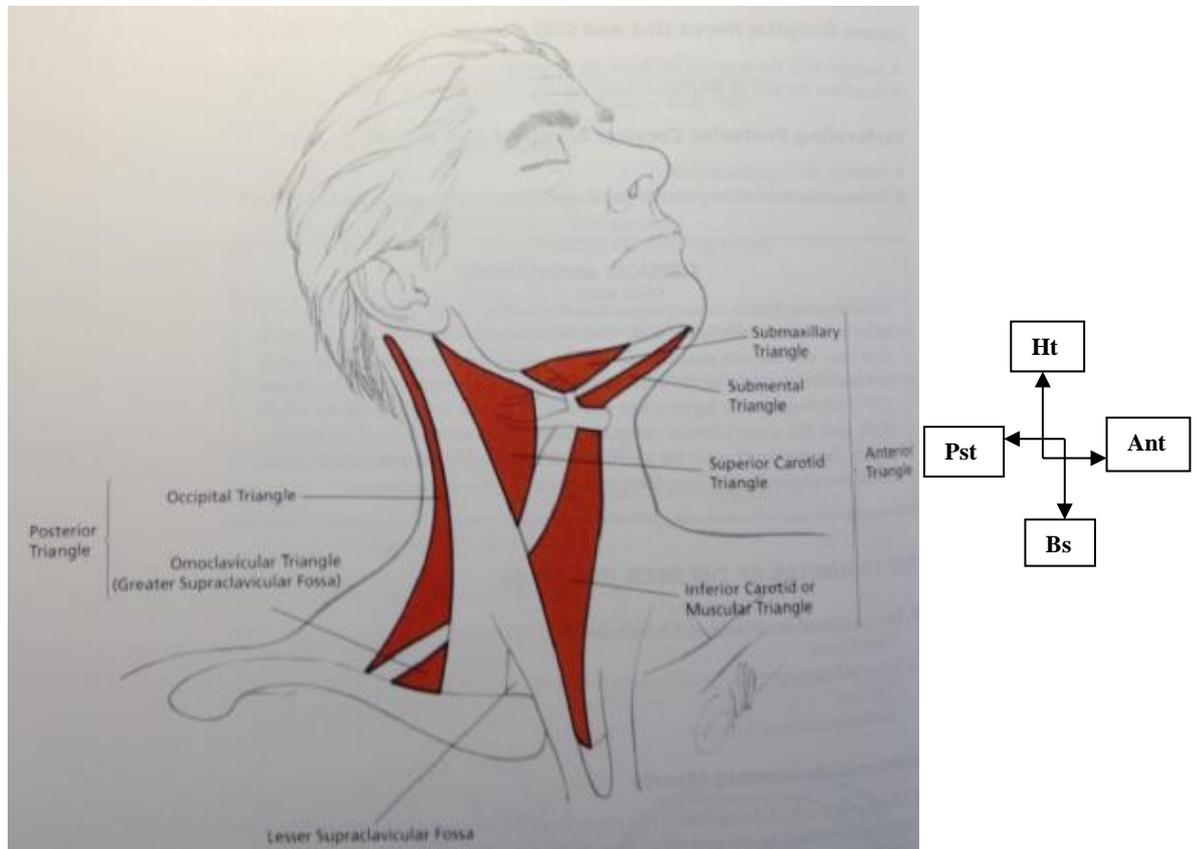


**Schéma I:** Anatomie du cou.

**Source:** Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry 3. Norton 1ere édition. Sanders Elsevier, 2007, E [9].

Chaque côté du cou est subdivisé en régions anatomiques (photo 2). Le triangle postérieur est formé du rebord antérieur du trapèze, du rebord supérieur de la clavicule et du rebord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le triangle antérieur est délimité par le rebord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, du rebord inférieur de la mandibule et de la ligne médiane. La région centrale du cou est de forme rectangulaire et est délimitée par les muscles de la sangle latéralement, le rebord supérieur du sternum inférieurement et le rebord inférieur de la mandibule supérieurement. Nous définissons la région latérale du cou située antérieurement au trapèze, inférieurement au rebord interne de la mandibule, latéralement aux muscles de la sangle et supérieurement aux clavicules. Celles-ci comprennent donc la totalité du triangle postérieur et la majorité du triangle antérieur ipsilateral qui se trouve latéral aux muscles infra

hyoïdiens, autrement dit, à l'extérieur de la région centrale. La région latérale du cou est dite gauche ou droite par rapport à la position anatomique du patient [8].



**Schéma II:** Triangles anatomiques du cou.

**Source:** Janfara P Surgical anatomy of the Head and Neck 4. 1ere edition de l'Harvard Edition Press. E -U 2011[8].

Le cou est divisé en plusieurs régions topographiques, d'importance variable ayant des éléments communs qui s'interpénètrent dans toutes les directions.

### ■ La région antérieure

Cette région constitue le site de prédilection du tératome cervical. Ses Limites superficielles sont représentées :

- en haut par le bord inférieur horizontal de la mandibule,
- en bas par le manubrium sternal,

- latéralement par les bords antérieurs des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

De forme grossièrement triangulaire à base supérieure ; elle est divisée en deux régions topographiques sus et sous hyoïdiennes par l'os hyoïde.

### ■ **La région latérale**

La région latérale proprement dite du cou forme un triangle à base inférieure limité, en arrière par le muscle trapèze, en avant par le muscle sterno-cléido-mastoïdien et en bas par la clavicule, elle comprend deux grandes régions : sterno-cléido-mastoïdienne (ou carotidienne) et sus claviculaire.

### ■ **La région de la nuque**

La nuque est la région dorsale du cou, organisée autour du rachis cervical, de nature essentiellement musculaire. Elle est limitée en avant par la lame pré-vertébrale du fascia cervical, en haut par l'os occipital, et en bas par la ligne horizontale reliant le processus épineux de la septième vertèbre cervicale aux articulations acromio-claviculaires latéralement. L'ensemble des muscles appartenant à la région de la nuque sont extenseurs du rachis cervical, ou de la tête sur le cou, certains d'entre eux s'enroulant sur la colonne entraînent des mouvements d'inclinaison latérale et de rotation.

### **3.1.2.Axe vasculo-nerveux du cou**

On parle de l'axe vasculo-nerveux du cou la colonne de vaisseaux et de nerfs comprise dans une gaine aponévrotique commune, située de chaque côté de l'axe viscéral et tendue depuis la base du crâne jusqu'à la base du cou, elle est composée essentiellement par l'artère carotide primitive et ses branches interne et externe, la veine jugulaire interne, le nerf vague et le nerf hypoglosse (photo 3).

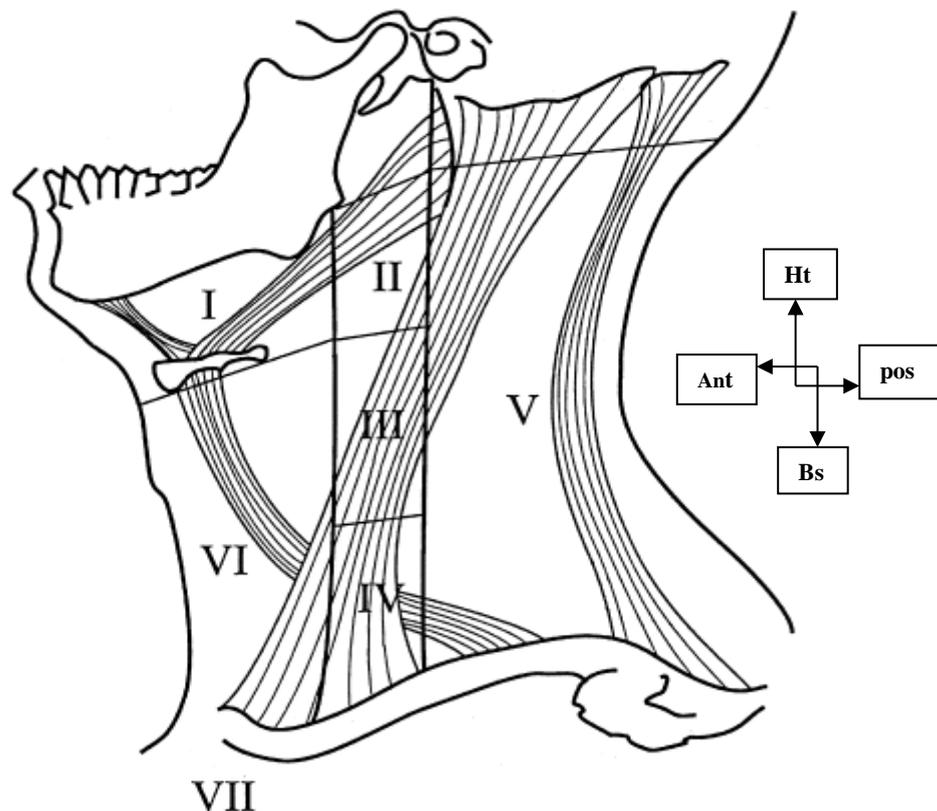
### 3.1.3. Axe viscéral du cou

L'axe viscéral du cou est un axe aérodigestif médian. Il fait suite en haut à l'oropharynx et se poursuit en bas par la trachée thoracique et l'œsophage thoracique. Il est constitué par la partie inférieure du pharynx, le larynx et la trachée, l'œsophage cervical, la thyroïde et les parathyroïdes.

### 3.1.4. Drainage lymphatique du cou

Proportionnellement, la région cervico-faciale regroupe la plus grande partie des ganglions du corps humain (environ 400/700), ce qui représente plus que la moitié.

Les ganglions cervicaux siègent entre le fascia cervical profond et le fascia pré-vertébral [9].

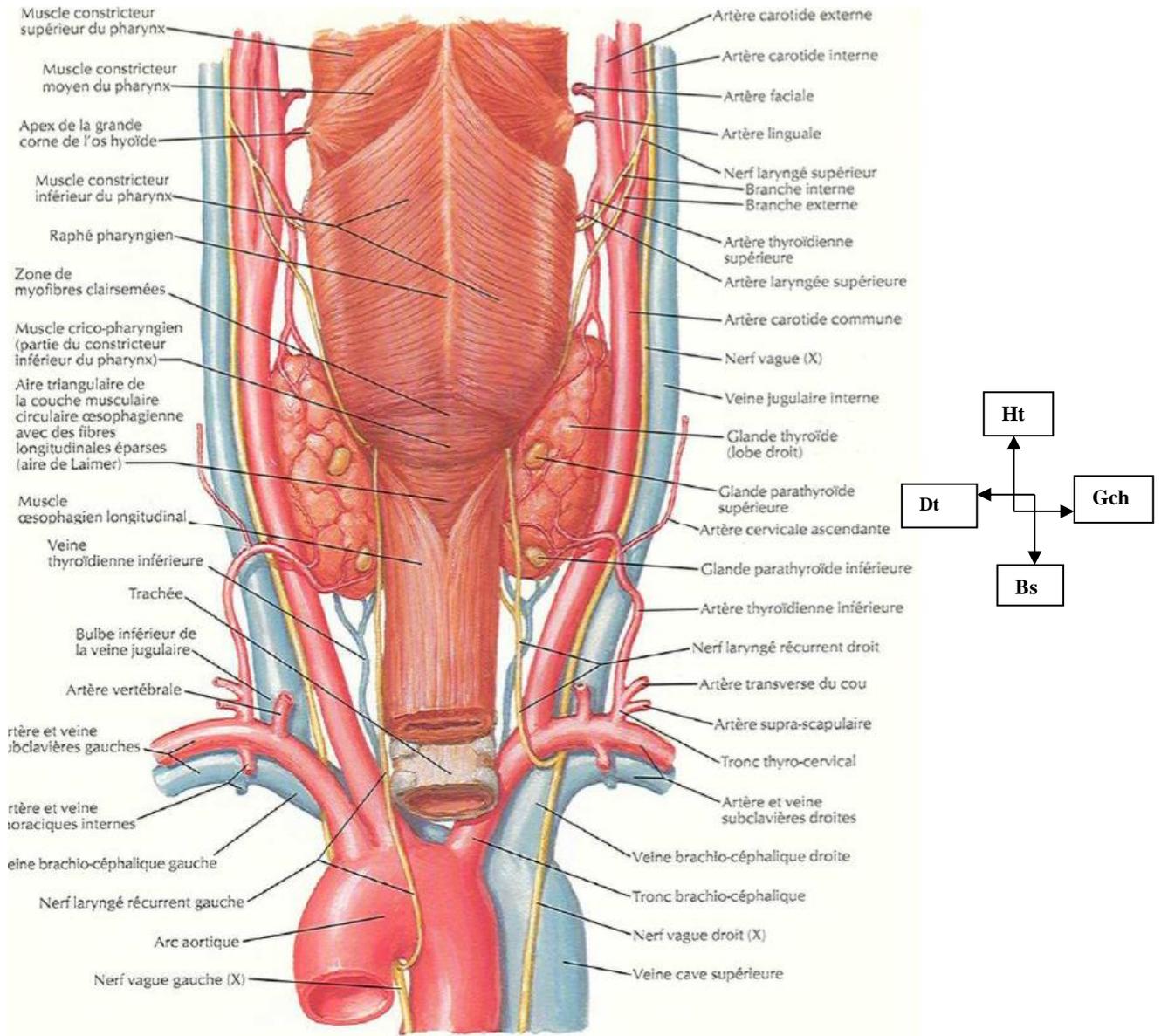


**Figure I:** Schéma du cou montrant en vue latérale la classification des ganglions cervicaux.

**Source:** Classification des ganglions selon l'American Comity Headandneck surgery and oncology [1].

- I : Groupe Sous-mental + submandibulaire
- II: Groupe Jugulo-carotidien supérieur
- III: Groupe Jugulo-carotidien moyen
- IV: Groupe Jugulo-carotidien inférieur
- V : Groupe Spinal+ cervical transverse
- VI: Groupe Cervical antérieur
- VII: Ganglions médiastinaux supérieurs

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES MASSES CERVICALES DANS LE SERVICE D'ORL-CCF DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE**



**Schéma III:** Axe vasculo-nerveux et Axe viscéral du cou.

**Source:** Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry 3. Norton première édition. Sanders Elsevier, 2007, E. [9]

## **3.2. Les types de tuméfactions cervicales**

### **3.2.1. Intérêt**

Deux questions se posent lorsqu'une tuméfaction ou masse cervicale survient [1]:

- dans un contexte infectieux ou non
- au cours des ganglions lymphatiques

### **3.2.2. Rappel du diagnostic**

La région cervicale est subdivisée en deux parties [1,2]:

- la région postérieure qui comprend la colonne vertébrale et les muscles de la nuque
- la région antérieure qui comprend les vaisseaux, les nerfs, les viscères, les ganglions lymphatiques

### **3.2.3. Diagnostic positif**

Il est basé sur l'interrogatoire, les circonstances de survenue (brutale, progressive, douloureuse ou avec présence de fièvre), les caractères évolutifs (augmente de volume, régression spontanée ou sous traitement) et l'examen du cou associé à l'examen locorégional [2].

Certains signes peuvent être associés : la dyspnée, la dysphonie, la dysphagie, l'amaigrissement, l'asthénie ou l'anorexie [2].

### **3.2.4. Diagnostic différentiel**

Se fait avec des particularités anatomiques (piège anatomique) qui sont [2,3] :

- saillie de la grande corne de l'os hyoïde
- cartilage thyroïde saillant surtout chez la femme
- apophyse transverse de l'atlas hypertrophié
- saillie du tubercule de Chassaignac (C6)
- bulbe carotidien athéromateux
- ptose de la glande sous mandibulaire

### 3.2.5. Diagnostic étiologique

L'étiologie des tuméfactions ou masses cervicales est basée sur deux types à savoir : les masses cervicales latérales et les masses cervicales médianes [2,3]

➤ Les masses cervicales médianes :

-Les KTT : sont des malformations cervicales congénitales dues à un défaut de résorption du tractus reliant la base de la langue à l'isthme thyroïdien, ou à la pyramide de Lalouette [1].

C'est une pathologie fréquente en ORL pédiatrique. Elle représente 40% des malformations cervicales congénitales et est aussi la deuxième cause des tuméfactions cervicales chez l'enfant après les adénites [2,3].

Le diagnostic est surtout clinique mais peut avoir recours à l'échographie qui reste l'examen de référence [7].

Le traitement est basé sur la chirurgie selon la technique de SISTRUNK, seul garant d'un traitement efficace sans récurrence [9].

-Les pathologies de la thyroïde : le goitre simple se définit comme une augmentation du volume de la glande thyroïde, non accompagné de signes d'hyperthyroïdie, de signes d'hypothyroïdie et de nature non histologiquement maligne [2].

La définition exhaustive du goitre bénin est histologique, il s'agit de tout goitre ne présentant aucun signe histologique de malignité [2].

Le Mali est et demeure dans la ceinture mondiale du goitre endémique, où le goitre est un véritable problème de santé publique avec des zones qui ont une prévalence de plus de 50% de cas, telles que les zones de Koutiala, Ségou, Bandiagara, San, Bougouni [9,10].

Le souci de prophylaxie et du traitement du cancer thyroïdien conduit aujourd'hui certains à opérer tout nodule ou un nombre croissant de dystrophies nodulaires thyroïdiennes qui peuvent ou non évoluer vers la malignité après des années d'apparence de bénignité [2].

D'autres masses peuvent survenir à savoir : les kystes dermoïdes (reliques embryonnaires ectodermiques), les grenouillettes (kystes salivaires mucoïdes du plancher buccal), les tumeurs sus sternales et les fistules mento-sternales [2,3].

➤ Les masses cervicales latérales

-Les tumeurs parotidiennes : la pathologie tumorale des glandes salivaires demeure relativement rare représentant 3% à 4% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Leur localisation parotidienne est prédominante [3].

Ces tumeurs sont caractérisées par une grande diversité histologique, mais ce sont les formes bénignes qui prédominent avec un chef de file l'adénome pléomorphe ou tumeur mixte [3].

Toutefois, seule une parotidectomie couplée à un examen anatomopathologique permet d'affirmer la nature histologique exacte de la lésion de la parotide [3].

Les masses sous maxillaires (masse sous le bord inférieur de la mandibule), les masses cervicales jugulo carotidiennes (en général les adénopathies) et les lymphangiomes kystiques (dysembryoplasie bénigne portant sur le système lymphatique) peuvent entraîner une compression, une dyspnée, une dysphagie et une douleur au niveau cervico-brachial [3].

Dans la littérature les tumeurs très vascularisées appelées parangliomes, localisées au niveau de la tête ou du cou, généralement bénignes, et dont l'évolution se fait lentement peuvent entraîner une compression et/ou une dyspnée [3,5].

Parmi les tumeurs vasculaires : les tumeurs bénignes, les hémangiomes de l'enfant sont les plus fréquents. Ce groupe est en cours de démantèlement et on distingue l'hémangiome infantile, d'évolution phasique, qui est le plus commun, les hémangiomes congénitaux et l'hémangiome congénital non involutif [5].

# PATIENTS ET METHODES

## IV. Méthodologie

### 4.1. Cadre et lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako au Mali.

#### 4.1.1. Présentation du CHU Gabriel Touré :

##### ✓ **Historique :**

L'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959, il sera baptisé « Hôpital Gabriel Touré » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel Touré a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'hôpital Gabriel Touré était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°94-009 AN-RM du 22 mars 1994 ; avant de devenir par la loi n°02-048 AN-RM du 12 juillet 2002, Centre Hospitalier Universitaire (CHU). L'hôpital a quatre (04) missions :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants.
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

✓ **Situation géographique:**

Situé en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3,1 hectares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs Abderhamane Baba TOURE (ENI-ABAT), au Sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat-major Général des armées et l'escadron des réserves Ministérielles.

✓ **Infrastructure**

Son infrastructure comporte:

- Une (1) Direction;
- Un (1) Bureau des entrées avec les différents boxes de consultation ;
- Un (1) Département de Médecine : Gastro-entérologie, Neurologie, Cardiologie, Diabétologie, Dermatologie;
- Un (1) Département de Pédiatrie : pédiatrie générale et néonatalogie ;
- Un (1) Département des services médico techniques : laboratoire d'analyses médicales, pharmacie hospitalière ;
- Un (1) Département d'imagerie Médicale : le scanner, la mammographie, la radiographie conventionnelle ;
- Un (1) Département de Chirurgie : Chirurgie générale, Chirurgie Pédiatrique, Oto-rhino-laryngologie, Traumatologie-orthopédie, Neurochirurgie, Urologie, médecine physique (kinésithérapie) ;
- Un (1) Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence: Anesthésie, Réanimation adulte, Service d'Accueil des Urgences ;
- Un (1) Département de Gynécologie – Obstétrique : gynécologie et obstétrique ;
- Les services tels que la maintenance et le service social.
- L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 763 agents toutes catégories confondues dont 181 contractuels sur ressources propres.

#### 4.1.2. Présentation du service de l'ORL:

##### ■ Ressources humaines :

Le service ORL est un service médico-chirurgical dirigé par un Professeur de rang magistral (Rang A) assisté par deux autres Professeurs, quatre maîtres assistants et 02 praticiens hospitaliers.

En outre, le service pour son fonctionnement quotidien dispose de : 06 spécialistes ORL et chirurgiens cervico-faciaux.

- 12 médecins inscrits au DES d'ORL et de chirurgie cervico-faciale;
- Huit (08) assistants médicaux spécialistes en ORL ;
- Un (1) technicien supérieur ;
- Trois (3) techniciens de santé ;
- Un (1) secrétaire de direction ;
- Quatre (4) techniciens de surface ;
- Un aide (1) soignant;
- Des étudiants de diverses structures de formations telles que : la FMOS, l'INFSS et autres écoles de santé de la place.

##### ■ Activités du service :

Les activités du service sont réparties comme suit :

- Les consultations externes sont effectuées tous les jours du lundi au vendredi de 7 heures trente minutes à 16 heures.
- Le service dispose de deux matinées opératoires (mercredi et jeudi) pour les interventions chirurgicales programmées dans la semaine au niveau du bloc technique.
- Les urgences sont effectuées tous les jours de la semaine dans les blocs opératoires du SAU dédiés à cet effet.
- La visite des malades hospitalisés est quotidienne.

- Les soins des patients hospitalisés sont effectués par les infirmiers selon le protocole du médecin.

■ **Infrastructures :**

◆ **Une unité de consultation :**

- Deux (2) boxes de consultations externes
- Un (1) bureau de médecin
- Une (1) salle d'audiométrie

◆ **Une unité d'hospitalisation:**

- Onze (11) salles d'hospitalisation dont deux salles VIP totalisant une capacité de vingt-huit (28) lits d'hospitalisation
- Une (1) salle de garde des internes et des DES
- Une (1) salle de garde pour les techniciens de surface
- Une (1) salle de garde pour les techniciens de santé et assistants médicaux
- Trois (3) blocs opératoires et une salle de réveil tous non encore fonctionnels
- Une (1) salle de stérilisation
- Un (1) bureau pour le major d'hospitalisation
- Un (1) bureau pour le major du bloc
- Cinq (5) bureaux pour les médecins
- Une (1) salle de staff
- Des toilettes pour les malades et le personnel.

## **4.2. Patients et méthode**

### **4.2.1. Type et période de l'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive allant du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 mai 2017 soit une période de 08 ans et 07 mois.

### **4.2.2. Population d'étude**

Il s'agissait de dossiers des patients admis dans le service pour masse cervicale.

#### **a. Critères d'inclusion :**

Tous les patients admis dans le service pour masse cervicale, ayant un résultat histologique et un dossier complet.

#### **b. Critères de non inclusion :**

Nous n'avons pas inclus : les adénopathies cervicales et les dossiers incomplets (absence d'examen histologique).

### **4.2.3. Collecte des données:**

#### **4.2.3.1. Outils des données**

Il s'agissait des dossiers des patients admis dans le service d'ORL-CCF du CHU GT.

#### **4.2.3.2 Technique de collecte**

Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet (ANNEXE).

### **4.2.4. Analyse des données**

Les données ont été saisies à travers le Windows 2007, le logiciel Word et Excel 2010 et analysées à l'aide du logiciel SPSS statistiques 20 version française.

### **4.2.5. Considération éthique**

La bonne pratique médicale a été observée c'est-à-dire le respect de la déontologie médicale et du secret professionnel.

#### **4.2.6. Variables de l'étude**

Il s'agit des données sociodémographiques : l'âge, le sexe, le délai de consultation, les caractéristiques de la masse, les signes associés, l'aspect de la peau, la topographie, les données para cliniques (l'échographie, la TDM cervico-thoracique, l'histologie, TSH, T4), le traitement et l'évolution.

#### **4.2.7. Informatisation des données**

Les données ont été saisies dans le logiciel SPSS statistiques 20 contenant un masque de saisie établi à partir d'une fiche d'enquête.

#### **4.2.8. Mode opératoire**

L'enrôlement selon les critères d'inclusion ; la mise en œuvre de l'examen ; l'analyse de l'état pathologique. Il s'agit d'un travail qui vise l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de masses cervicales. Le secret professionnel a été respecté et les résultats serviront à améliorer le délai de diagnostic et de prise en charge des masses cervicales en général au Mali.

# **RESULTATS**

## V. Résultats

### 5.1. Les caractéristiques sociodémographiques :

**Tableau I: Répartition des patients selon le sexe**

Sexe	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Masculin	14	27,5
<b>Féminin</b>	<b>37</b>	<b>72,5</b>
Total	51	100,0

On note une prédominance féminine (72,5%)

Sex ratio= (H/F)=0,37

**Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
[0 à 14 ANS]	6	11,7
[15 à 29 ANS]	1	2,0
[30 à 44 ANS]	0	0,0
[45 à 59 ANS]	15	29,4
<b>[60 à 74 ANS]</b>	<b>24</b>	<b>47,1</b>
[75 à 89 ANS]	5	9,8
Total	51	100

La tranche d'âge de [60 à 74 ans] a représenté 47,1% des cas, avec des extrêmes d'âge de 6 à 86 ans et un âge moyen de 48,5ans.

## 5.2. Données cliniques

**Tableau III: Répartition des patients selon les signes associés à la masse**

Motif de consultation	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Douleur	12	23,5
Dyspnée	5	9,8
Dysphagie	3	5,9
Dysphonie	3	5,9
<b>Palpitation</b>	<b>28</b>	<b>54,9</b>
Total	51	100

Les patients ayant consulté pour une palpitation ont représenté 54,9% des cas.

**Tableau IV: Répartition des patients selon le délai de consultation**

Délai de consultation	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Inférieur à 3 mois	7	13,7
<b>Supérieur à 3 mois</b>	<b>44</b>	<b>86,3</b>
Total	51	100,0

Les patients ayant consulté plus de 3 mois ont représenté 86,3% des cas.

Le délai moyen de consultation était de 3 mois, avec des extrêmes de 25jours à 3ans.

**Tableau V: Répartition des patients selon l'aspect de la peau**

Aspects de la peau	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
<b>Saine</b>	<b>39</b>	<b>76,4</b>
Luisante	6	11,8
Cicatrice	1	2,0
Fistule	5	9,8
Total	51	100,0

Les patients ayant une peau saine ont représenté 76,4% des cas.

**Tableau VI: Répartition des patients selon les caractéristiques de la masse**

Consistance des masses	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
<b>Mobile à la déglutition</b>	<b>32</b>	<b>62,7</b>
Rénitente	1	2,0
Ferme	18	35,3
Total	51	100,0

Les patients ayant une masse mobile à la déglutition ont représenté 62,7% des cas.

**Tableau VII: Répartition des patients selon la topographie de la masse**

Siege des masses	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Compartiment médial		
<b>Kyste thyroïde</b>	<b>33</b>	<b>64,7</b>
KTT	05	9,8
Compartiment latéral		
Parotide	11	21,6
Lymphangiome kystique cervical	02	3,9
Total	51	100

Le kyste thyroïde a représenté 64,7% des cas.

### 5.3. Données para-cliniques

**Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du type histologique et du sexe**

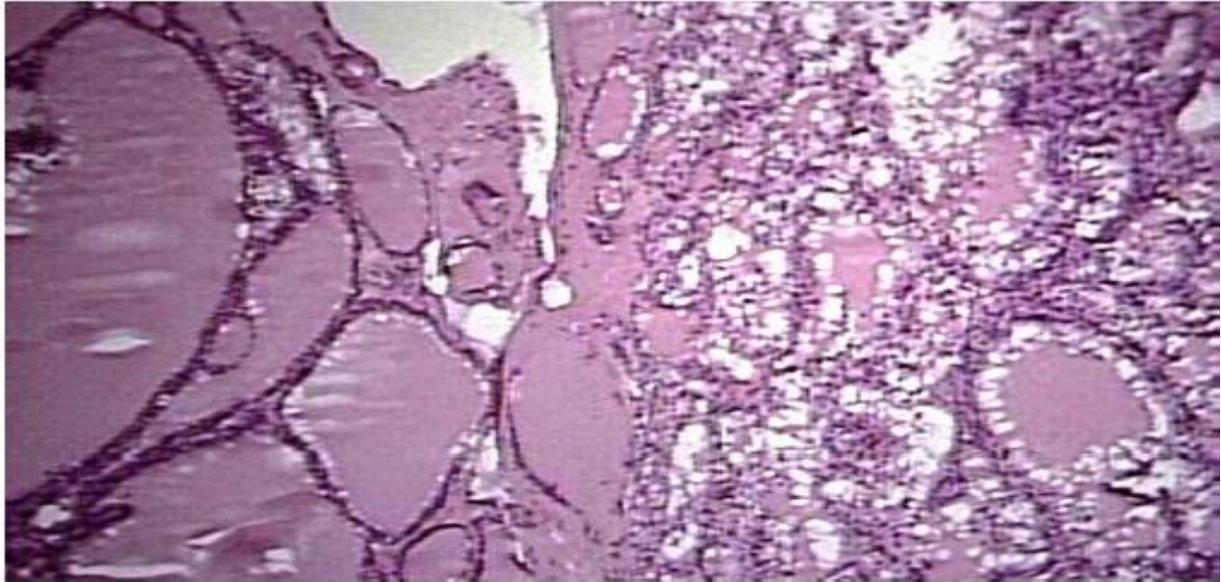
Sexe	Masculin	Féminin	Total
Type histologique			
Carcinomes			
papillaires de la thyroïde	0	3	3
Cylindrome de la parotide	0	1	1
Adénomes pléomorphes de la parotide	3	7	10
<b>Adénomes vésiculaires de la thyroïde</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>30</b>
Lymphangiome kystique cervical simple	2	0	2
Kyste du tractus thyreoglosse simple	3	2	5
Total	14	37	51

L'adénome vésiculaire de la thyroïde a représenté 24 cas du sexe féminin.

**Tableau IX: Répartition des patients en fonction du type histologique et de l'âge**

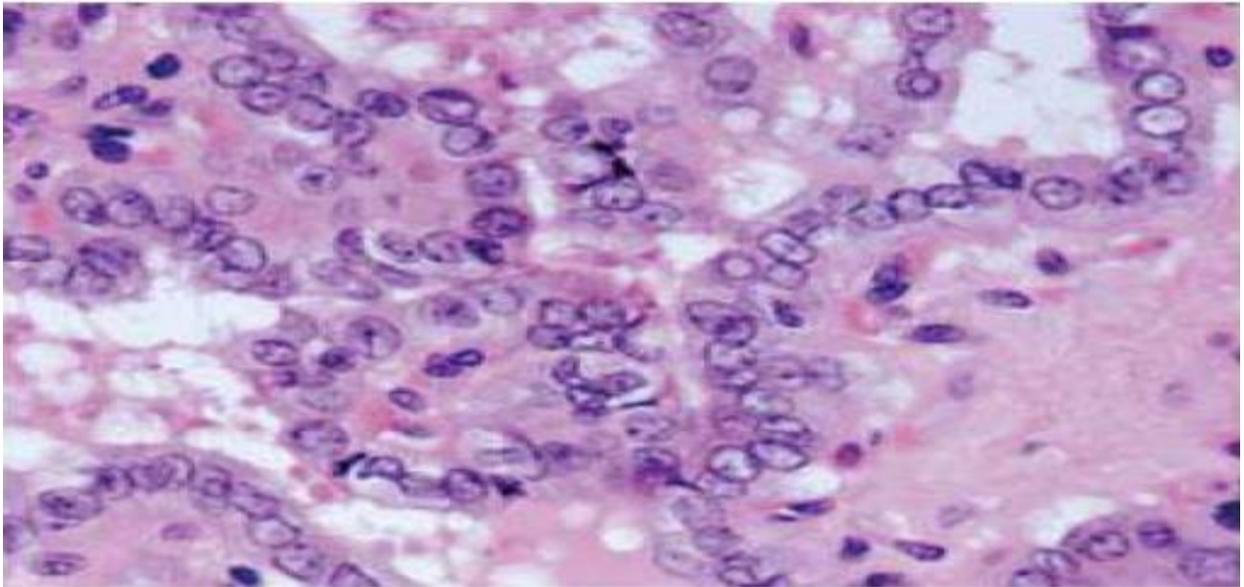
Tranche d'âge /an	[0-14]	[15-29]	[30-44]	[45-59]	[60-74]	[75-89]	Total
<b>Histologie</b>							
Carcinome papillaire de la thyroïde	0	0	0	3	0	0	3
Cylindrome de la parotide	0	0	0	0	1	0	1
Adénome pléomorphe de la parotide	0	0	0	3	6	1	10
<b>Adénome vésiculaire de la thyroïde</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>30</b>
Lymphangiome kystique cervical simple	2	0	0	0	0	0	2
Kyste du tractus thyroïdien simple	4	1	0	0	0	0	5
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>51</b>

La tranche d'âge [ 60 à 74 ans] a représenté 33,33 % des cas d'adénomes vésiculaire de la thyroïde.



**Photo I:** Aspect histologique d'un nodule thyroïdien  
L'architecture est faite de nodules multiples indurés non encapsulés avec des calcifications fréquentes.

**Source :** Service d'anatomie pathologie du CHU du POINT G.



**Photo II:** Aspect histologique d'un carcinome thyroïdien papillaire  
L'architecture est sous forme de papilles avec des noyaux caractéristiques se chevauchant présentant des incisures nucléaires et des pseudo-inclusions nucléaires.

**Source :** Service d'anatomie pathologie du CHU du POINT G.

**Tableau X : Répartitions des patients selon l'imagerie**

Examens para cliniques	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Echographie cervicale	51	100%
TDM	2	1,5%

Tous nos patients ont effectué une échographie cervicale (100 %).

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction du résultat de l'anatomie pathologie**

Aspects histologiques	Fréquence absolue	Résultats
Carcinome papillaire de la thyroïde	03	Nodules légèrement calcifiés
Adénomes vésiculaires thyroïdiens	30	Nodules multilobés sans calcification
Cylindre de la parotide	01	Aspect hétérogène avec limite régulière infiltre du nerf facial
Adénomes pléomorphes de la parotide	10	Aspects hypoéchogènes avec contingent liquidien
Lymphangiome kystique cervical simple	02	Masses kystiques, non compressibles, multilobées et à cloisons fines
Kyste du tractus thyroglossale simple	05	Masses sous cutanées kystiques, bien limitées, médianes et anéchogènes
Total	51	

Les nodules multilobés sans calcifications ont été retrouvés dans les adénomes pléomorphes soit 30 cas.

**Tableau XII : Répartition des patients selon le taux des hormones thyroïdiens TSH et T4 (N=33) dans les tumeurs de la glande thyroïde**

Thyroïde / TSH et T4	Fréquence absolue	Fréquence absolue
Euthyroïdie	32	96,97
Hyperthyroïdie	01	3,03
Total	33	100

L'état d'euthyroïdie a été la plus représentée selon le taux des hormones thyroïdiennes (TSH et T4 libre) soit 32 cas.

Selon le résultat de la TDM, l'aspect chez les 02 patients représentant chacun un lymphangiome kystique cervical a été le suivant :

- une masse volumineuse, macro-kystique à contours irrégulier, sous hyoïdienne ; l'artère carotide interne droite et la veine jugulaire interne restaient à distance de la masse kystique ; l'artère sous-clavière était refoulée vers le bas.

## 5.4. Traitement

**Tableau XIII: Répartition des patients selon le type de chirurgie**

Type de chirurgie	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Thyroïdectomie totale	22	43,14
Thyroïdectomie subtotale	7	13,73
Isthmolobectomie- lobectomie	4	7,84
Parotidectomie totale	10	19,61
Parotidectomie exo-faciale	01	1,96
Exérèse du Kyste du tractus thyreoglosse (Sistrunk)	5	9,80
Exérèse de lymphangiome kystique cervical	2	3,92
Total	51	100

Selon la chirurgie effectuée, la thyroïdectomie totale a été réalisée dans 43,14% des cas.

## 5.5. Evolution

**Tableau XIV: Répartition des patients selon les incidents opératoires**

Type d'incidents	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
<b>Néant</b>	<b>40</b>	<b>78,43</b>
Paralysie récurrentielle unilatérale	3	5,88
Paralysie faciale transitoire	8	15,69
Total	51	100,0

Les incidents opératoires étaient absents dans 78,43% des cas.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VI. Commentaires et discussion

### 6.1. Aspects selon les données sociodémographiques

Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré 51 hospitalisations dans le service. La prévalence hospitalière était de 1,9 % de l'ensemble des hospitalisations ORL. Ce chiffre paraît légèrement supérieur à celui de **Schlumberger M et al** qui ont trouvé 1,2 % de prévalence de masses cervicales dans leur série de 53 patients dans un intervalle de 3ans et celle de **Shekar. D et al** qui ont trouvé 1,6 % de masses cervicales suite à une étude de 58 patients dans un intervalle de 5ans, [11, 12].

#### - Selon le sexe

Dans notre étude le sexe féminin était prédominant soit 72,5 %, avec une sex-ratio de 0,37. Ces données corroborent avec celles de **Schlumberger M et al** qui ont trouvé une prédominance féminine [11].

Nous avons trouvé une prédominance féminine pour les KTT soit 3,92% dans notre étude. Dans les séries de **Hoffman et al**, ils ont rapporté une nette prédominance masculine soit 9,2% [28].

Nous avons noté une prédominance féminine de nodule thyroïdien soit 52,94%, par contre une étude réalisée par **Boundy M et al** au CHU du Point G à Bamako sur l'étude de la pathologie thyroïdienne en milieu hospitalier étaient de 54,2 % à prédominance féminine [13].

Nous avons noté une nette prédominance féminine soit 15,68% pour les lymphangiomes kystiques cervicaux contre 45,45% dans l'étude d'**Osifo OD et al** [6].

Dans les pathologies de la glande salivaire, le sexe féminin était le plus dominant dans notre étude soit 8/11 cas, par contre le sexe masculin prédominait dans l'étude de **Diop KM et al** à Dakar soient 12/18 cas [14].

## - Selon l'âge

Dans notre étude, la tranche d'âge [60-74ans] a été la plus représentée soit 47,1% de l'effectif et des extrêmes allant de 6 ans à 85ans. L'âge moyen de découverte était 48,5 ans. Par contre dans l'étude de **Kisra M** réalisée à Rabat chez 53 patients, la tranche d'âge [10-15 ans] était la plus représentée soit 49,1 % de l'effectif avec un âge moyen de découverte de 5,86 ans [4].

L'âge de découverte des masses cervicales chez nos patients est variable d'une pathologie à une autre. Ainsi :

Dans notre série 4 patients soit 33,33% des cas avaient moins de 10 ans au moment du diagnostic du kyste du tractus thyroïdienne. Ces kystes du tractus thyroïdienne sont principalement retrouvés chez le jeune enfant majoritairement avant l'âge de 10 ans dans la littérature [15, 16].

Dans notre étude, 33 patients présentant un nodule thyroïdien dont l'âge de découverte était supérieur à 40 ans avec une tranche d'âge [60-74 ans] soit : 35,2% des cas. Ce résultat concorde avec celui de **Mccall et al** [18].

Le lymphangiome kystique cervical s'exprimait dans 3,92% des cas avant 14 ans et l'âge moyen était de 13 ans dans notre étude nettement inférieure à celui trouvé par **Chafik W et al** qui avaient trouvé un âge moyen de 23 ans. Par contre **Nguema et al** ont retrouvé dans leur série un âge moyen inférieur à celui de notre étude qui était de 12 ans [19,20].

L'âge moyen des patients au diagnostic des glandes salivaires était de 45 ans dans notre étude, celle de **Fontanel J et al** rapportait un âge de 50 ans [21].

## 6.2. Signes associés

La tuméfaction, qui était le principal motif de consultation dans notre étude était douloureuse dans 23,5%, les signes associés étaient les palpitations soit 54,9% tous des patients présentant un nodule thyroïdien. Une mobilité à la déglutition était de 627% des cas. Les signes de compression des voies aéro-digestives supérieures étaient présents dans notre étude sans mettre en jeu le

pronostic vital, soient 11 cas tous présentant un nodule thyroïdien. Ces signes de compression des voies aéro-digestives supérieures (dyspnée, dysphagie, dysphonie) sans douleur ont été décrits au moment du diagnostic sans mettre en jeu le pronostic vital dans les 05 cas de Lymphangiome kystique cervical dans la littérature [17].

L'aspect clinique de la masse est un facteur pronostique, Il permet de guider le chirurgien par sa mobilité, illustrant son non adhérence aux organes de voisinage.

Ces signes de compressions doivent être recherchés devant toute masse cervicale systématiquement. Ils peuvent témoigner d'une compression des voies aéro-digestives supérieures, d'une infiltration nerveuse ou d'une localisation secondaire d'une tumeur maligne.

### **6.3. Etude para clinique**

#### **6.3.1 Echographie cervicale a été réalisée chez tous les patients**

Dans notre série devant les nodules thyroïdiens l'échographie cervicale a mis en évidence des nodules multilobés avec ou sans calcifications et avec des marges irrégulières respectivement dans les carcinomes papillaires de la thyroïde, dans les adénomes vésiculaires thyroïdiens. Ce qui concorde avec l'étude de **Bouandy M et al** en 1995 à l'hôpital du Point G dont l'échographie a apporté des aspects hypo-échogènes avec ou sans présence de micro-calcifications dans les carcinomes papillaires et les adénomes de la thyroïde [13].

Elle a été réalisée chez 02 patients qui ont présenté les lymphangiomes kystiques cervicaux, et a mis en évidence une masse kystique latérale compressible, multilobée, à cloisons fines. Le même constat a été fait pour d'autres auteurs **Chafik W et al** à l'université de Mohamed V de Rabat [19].

Devant les masses parotidiennes, elle a mis en évidence dans le cylindrome de la parotide un aspect hétérogène avec limites régulières infiltrées du nerf facial, et

un aspect hypoéchogène avec plus ou moins un contingent kystique dans les adénomes pléomorphes de la parotide. Elle n'a pas pu préciser le siège profond ou superficiel de la masse. Le même constat a été partagé avec la littérature [14]. L'échographie a montré une masse sous-cutanée kystique, bien limitée, médiane et anéchogène chez les 05 malades présentant un kyste du tractus thyroïdienne dans notre étude. Par contre une structure ovalaire médiane entre la base de la langue et l'isthme de la thyroïde dont le contenu était liquidien a été rapportée dans l'étude de **Patin D et al** et de **Bonafos et al** [25, 26].

L'échographie est l'examen à réaliser en première intention. Elle analyse de manière non invasive le caractère tissulaire ou liquidien de la masse et sa vascularisation. Elle détermine la taille de la lésion, ses rapports avec les vaisseaux et l'axe aéro-digestif ainsi que l'atteinte de la graisse [25].

### **6.3.2. La TDM a été réalisée chez les 02 patients présentant un lymphangiome kystique cervical**

Dans notre étude, elle a mis en évidence une masse volumineuse macro-kystiques à contour irrégulier, sous-hyoïdienne, basi-cervicale droite s'étendant au creux sus-claviculaire à la région sub-scapulaire. Le même constat a été fait dans la littérature avec la présence d'une masse liquidienne contenant des calcifications fines et irrégulières, faiblement rehaussées [20].

La TDM constitue un examen capital dans la prise en charge des masses volumineuses et compressives au niveau cervico-thoracique et d'autres localisations, car elle permet l'exploration de la tumeur primitive et des éventuelles extensions osseuses et épidurales crânio-orbitaires [20].

### **6.3.3 Le taux des hormones thyroïdiennes (TSH et T4)**

Le dosage des hormones thyroïdiennes notamment (TSH et T4) a été réalisé chez les 33 patients présentant un nodule thyroïdien soit 64,71%. Avec 32 cas présentant une euthyroïdie, un cas d'hyperthyroïdie concernant un patient présentant un carcinome papillaire de la thyroïde a été une particularité rare dans

notre étude. Dans l'étude réalisée par **Boundy M** tous les résultats étaient des euthyroïdies [13].

#### **6.3.4 L'histologie**

L'histologie réalisée chez tous les 51 patients dans notre étude soit 100% des cas, a permis de confirmer le diagnostic dans tous les cas soit 30 cas avec un adénome vésiculaire de la thyroïde, un carcinome papillaire de la thyroïde dans 03 cas, un adénome pléomorphe de la parotide dans 10 cas, un cylindrome de la parotide dans un seul cas, un lymphangiome kystique cervical et un kyste du tractus thyroïdienne respectivement dans 02 cas et dans 05 cas. Le type histologique le plus fréquemment rencontré dans l'étude de **Kisra M et al** à Rabat a été le kyste du tractus thyroïdienne soit 18 cas, le cancer différencié de la thyroïde soit 10 cas et le lymphangiome kystique soit 07 cas [4].

### **6.4. Aspects thérapeutiques**

#### **6.4.1. Moyens chirurgicaux**

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie, et cette chirurgie dépendait, du siège et de l'extension de la masse.

Une thyroïdectomie totale a été réalisée dans 22 cas avec des nodules volumineux dans les deux lobes de la thyroïde dont 19 cas de d'adénome de la thyroïde et 03 cas de carcinome papillaire de la thyroïde. Tous ont bénéficié d'une hormonothérapie substitutive, même constat dans l'étude de **Tunkel DE et al** [27].

La thyroïdectomie subtotale dans notre étude, a concerné les 07 cas présentant des petits nodules prenant un lobe et l'isthme, ce qui corrobore avec la littérature soit 10 cas [27].

Une lobectomie a été effectuée dans les 04 cas présentant des petits nodules dans un seul lobe. Le nombre de cas était supérieur dans la littérature, soit 20 cas [27].

L'exérèse du kyste du tractus thyroïdienne dans notre étude a été réalisée selon la technique de SISTRUNK comportant la dissection de l'os hyoïde et l'exérèse systématique de l'os hyoïde. Le choix de cette technique a été largement partagé dans la littérature [25, 26].

Dans notre série, devant les adénomes pléomorphes de la parotide une parotidectomie exo-faciale a été pratiquée et dans le seul cas de cylindrome de la parotide, une parotidectomie totale a été effectuée. L'attitude chirurgicale a été la parotidectomie totale avec un taux élevé pour les adénomes pléomorphes de la parotide soit 159 cas et pour les 21 cas de cylindrome de la parotide dans la littérature. Ce taux de chirurgie était plus élevé par rapport à celui de notre étude [22].

Tous les cas de lymphangiome kystique cervical dans notre série, ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale par voie de cervicotomie par une incision de Paul-André. Cette chirurgie est tributaire de la compétence du chirurgien par rapport aux caractéristiques du lymphangiome kystique cervical, le même constat a été fait dans la littérature [20].

#### **6.4.2. Moyens adjuvants à la chirurgie**

Hormonothérapie a été réalisée chez les patients ayant subi une thyroïdectomie totale à but substitutive instituée par la LEVOTHYROX (25µg/j) à vie. Cette dose était à renouveler chaque 6 semaine environ après un dosage du taux des hormones thyroïdiennes (TSH et T4), même constat a été fait dans l'étude de Boundy M [13].

#### **6.5. Les incidents opératoires**

Nous avons eu des complications à type de paralysie récurrentielle unilatérale dans 03 cas de carcinomes papillaires de la thyroïde, de paralysie faciale transitoire dans le seul cas de cylindrome de la parotide puis dans 07 cas d'adénomes pléomorphes de la parotide qui ont récupéré au bout d'un intervalle de 3 mois à 6mois. Par contre il y avait une paralysie récurrentielle unilatérale dans les carcinomes papillaires de la thyroïde soit 06 cas, une paralysie faciale périphérique dans les adénomes pléomorphes de la parotide soit 10 cas qui ont récupéré tous au bout d'un intervalle de 4 mois à 6 mois, ce qui concorde avec notre étude [21].

Nous n'avons pas eu de décès.

# **CONCLUSION**

## VII. Conclusion

Les masses cervicales constituent une affection fréquente chez l'enfant quel que soit son âge, ainsi que chez l'adulte.

L'enquête réalisée sur la fréquence de ces masses a montré que les femmes étaient relativement plus nombreuses dans les consultations.

Le site topographique le plus fréquent des masses cervicales demeure le compartiment médial avec 43/51 cas soit 84,31%.

Les types histologiques sont divers avec une prédominance de l'adénome de la thyroïde 58,82% pour les tumeurs bénignes ; le cylindrome de la parotide et les carcinomes papillaires de la thyroïde pour les cancers.

La fréquence des lésions ne varie pas statistiquement en fonction du caractère de la lésion, du sexe ou de l'âge des patients.

L'échographie a été indispensable pour orienter le diagnostic et guider l'approche chirurgicale de ces masses.

La prise en charge thérapeutique dépend de la nature de la masse, chirurgicale lorsqu'il est réalisable, et il doit être aussi complet que possible.

Le pronostic est excellent, la survenue des complications est tributaire de l'expérience du chirurgien.

La hantise de la malignité doit être un souci constant du praticien ORL ou cervico-facial qui ne doivent cependant pas oublier dans ce cadre une approche pluridisciplinaire.

# RECOMMANDATIONS

## VIII. Recommandations

Au terme de notre étude et, en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des affections ORL, particulièrement les masses cervicales, nous recommandons :

### 7. Aux autorités sanitaires :

- Renforcer la formation de spécialistes en ORL tant médical que paramédical qualifié au Mali afin de pourvoir aux besoins sur tout le territoire national
- Assurer la formation continue du personnel du service ORL
- Le renforcement de l'assurance maladie pour la réduction du coût de la prise en charge des masses cervicales.

### 8. Aux agents de santé :

- Reconnaître la masse cervicale comme une pathologie douée d'un potentiel de complications.
- Organiser la prise en charge multidisciplinaire.

### 9. A la population :

- Considérer toutes formes de masse cervicale comme pathologie graves.
- Consulter immédiatement devant tout cas de masse cervicale.

# REFERENCES

## **IX. References**

**[1] David SF, Mary EF.**

Thyroglossal duct and other congenital medicine anomalies semi in pediatric.  
Surge 2006. Vol: 157. P: 55.

**[2] Turkington JR, Paterson A, Sweeney LE, Thornbury GD.**

Neck masses in children. Br J Radial 2005, 78:75-85.

**[3] Tracy TF, Muratore CS.**

Management of common head and neck masses.  
SEM in Pediatric Surg 2007, 16:3-13.

**[4] Kisra M.**

Les masses cervicales chez l'enfant : A propos de 53 cas  
Thèse med Rabat 2013, 1- 47

**[5] Lefebvre JL, Coche-Dequeant B, Van JT, Buisset E, Adenis A.**

Cervical lymph nodes from an unknown primary tumor in 190 patients.  
*Am J Surg.* 1990; 160:443-446.

**[6] Osifo OD, Ugiagbe EE.**

Neck masses in children: Etiopathology in a tertiary center.  
Nigerian J Clin Pract 2011, 14:232-236.

**[7] Torsiglieri Aj JR, Tom Lw, Ross Aj III.**

Pediatric neck masses: Guidelines for evaluation. Int J Pediatric  
Otorhinolaryngology 1988, 16:199,210.

**[8] Cunningham M J.**

The management of congenital neck masses.  
Am Otolaryngology 1992, 13:78-92.

**[9] Murat S, Sedar B, Selkut L, Mehmet AS.**

Unusual presentation and location of thyroglossal duct cyst in child.  
Otolaryngology head Neck Surg 2007, 136: 854-5.

**[10] Yehouessi-Vigniking B, Medji S, Vodouhe U, Flatin M, Boko J, Kpnou S, Vodouhe J.**

Kystes et fistules thyroéoglosses de L'Enfant.  
Ann françaises d'ORL et de pathologies cervico faciales 2012; 129(5):127.

**[11] Schlumberger M, et al.**

THYROID TUMORS. 2003.  
Nat Clin Pract Endocrinol Metab. 2008 ; 66-70

**[12] Shekar D, Tufail P, Diane A, Suresh K, Mukher JJ.**

Papillary carcinoma in a giant thyroglossal duct cyst.  
Journal of clinical Imaging 24(2000) 75-77.

**[13] Boundy M.**

Prophylaxie des troubles dus aux carences en iode (TDCU) par les diffuseurs d'iodes à la silicone introduit dans les puits et forages.  
Thèse med Bamako 1989, M59.

**[14] Diop KM, Dalo KP, Ndiaye PD, Diop LS.**

Adénomes pléomorphes des glandes salivaires.

Dakar Med, 1982, 27, 3, 371-83.

**[15] Mohamed K, BadawY MD.**

Pediatric neck masses.

Elsevier Masson 2010; 11(2):73-9.

**[16] Gupta P, Maddalozzo J.**

Preoperative sonography in presumed thyroglossal duct cysts.

Arch otolaryngology head Neck surg 2001; 127: 200-2.

**[17] Wassef M, Vielh P.**

Les lésions kystiques cervicales.

Ann de pathologies 2008, 28 : 84-6.

**[18] Mccall A, Larosz H, Lawrence AM, Paloyan E.**

The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and in multi nodular goiters.

Surgery 1986.100(6): 1128-1132.

**[19] Chafik W.**

Le lymphangiome cervical kystique chez l'enfant (à propos de 25 cas).

Thèse de médecine, université Mohammed V, Faculté de médecine et de Pharmacie de Rabat, 2000, n° 55.

**[20] Miloundjaa J, Manfoumbi Ngomaa AB, Mba Ellab, Nguema Edzang L, N'zouba A.**

Lymphangiomes kystiques cervico-faciaux de l'enfant au Gabon.

Annales d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale 124 (2007) 277-284.

**[21] Fontanel J, Poitou F, Klossek J.**

Tumeurs des glandes salivaires.

EMC Otorhinolaryngy (Paris France) 20628-B10-1995,10.

**[22] Chevalier D, Loche V, Darras JA, Apko Allavo J, Esauty A, Piquet JJ.**

Les reprises et récurrences d'adénome pléomorphe de la glande parotide: à propos de 62 cas.

Ann. ORL, 1996, 113, 2, 56-60.

**[23] Coiffet T, Aidan D, Vilde F, Trotoux J.**

Les tumeurs malignes de la parotide: à propos de 60 cas.

Ann. d'ORL, 1996, 113, 7-8, 419-24.

**[24] Debain JJ, Peytral E, Josset P.**

Une forme inhabituelle de cystadénolymphome papillaire de la parotide: à propos d'un cas.

Ann. O.R.L., 1980, 99, 12, 1047-55.

**[25] Bonafos.**

KTT à propos de 113 cas.

Thèse med, Montpellier, N°350, 1998.

**[26] Patin D.**

Récidives des Kystes du Tractus Thyroéglasse à propos de 300 observations.  
Thèse med, Paris, N° 153, 1998.

**[27] Tunkel DE, Domenach EE.**

Radioisotope scanning of the thyroid gland prior to thyroglossal duct cyst  
excision.

Arch otolaryngology Head Neck. 1998, 124:597-599.

**[28] Hoffman MP, Schuster SR.**

Thyreoglossal duct remnants in infants and children. Reevaluation of  
histopathology and methods for resection.

Ann. Oto. Rhinol. Laryngol. 1988, 97: 483-486.

**[29] Anatomie du Cou.**

Tired de Netter's head and Neck Anatomy for Dentistry 3. Norton premiere  
edition.

Saunders Elsevier, 2007.E.

**[30] Triangle du Cou.**

Tiré de Janfara P.

Surgical anatomy of the head and Neck 4.

Premiere edition de Havard Edition Press E-U 2011.

# **ANNEXES**

## **X. Annexes**

### **I. IDENTITE**

N° dossier: .....

Nom : .....

Prénom : .....

Age : .....

Sexe : Masculin / /      Féminin / /

### **II. ASPECTS CLINIQUES**

#### **1. Compartiment de la masse**

Médial / /      Latéral / /

#### **2. Délai de consultation**

Inférieur à 3 mois/ /      Supérieur à 3 mois/ /

#### **3. Signes associés à la masse**

Douleur / /

Dyspnée / /

Dysphonie / /

Dysphagie / /

Autres à préciser / /

#### **4. Caractéristiques de la masse**

Mobilité / /

Rénitente / /

Ferme //

Battante / /

#### **5. Aspects de la peau**

Saine / /

Luisante / /

Cicatriciel / /

Fistuleuse / /

### **III. EXAMENS PARACLINIQUES**

Echographie cervical e/ /

TDM cervicale / /

Le résultat histologique

TSH / / FT4 //

### **IV. CONDUITE THERAPEUTIQUE**

**FICHE SIGNALETIQUE :**

- ◆ Nom: **DIAMOUTENE**
- ◆ Prénom : Aboubacar SIDIKI
- ◆ Nationalité: **Maliennne**
- ◆ Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de masses cervicales à propos de 51cas colligés dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.
- ◆ Année Universitaire: **2016-2017**
- ◆ Ville de soutenance: **BAMAKO**
- ◆ **Pays de soutenance** : MALI
- ◆ **Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).
- ◆ **Secteur d'intérêt** : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale

**Résumé :**

Ce travail rapporte sur 08 ans et 7mois (2008 à 2017), et sont les résultats d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur les masses cervicales dans le service ORL-CCF de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Ont été inclus tous les patients dont les dossiers comportaient les paramètres suivants : épidémiologique (âge, sexe, la topographie, les caractéristiques des masses, les signes associés, les aspects de la peau et délai de consultation), le résultat histologique, les données de l'imagerie, le traitement et l'évolution.

Ont été exclues toutes les adénopathies cervicales et toute masse ayant un dossier médical incomplet et n'ayant pas de résultat histologique.

Nous avons pu colliger 51cas.

Parmi les 51 cas retenus, 38 cas étaient des masses cervicales du compartiment médial, 13 cas étaient des masses cervicales du compartiment latéral.

Parmi ces pathologies ORL, l'adénome vésiculaire de la thyroïde a été le plus représenté avec 30 cas soit 58,82%, suivi de l'adénome pléomorphe de la parotide avec 10cas soit 19,60%. La thyroïdectomie totale a été le type de chirurgie réalisée dans la majeure partie 22 cas soit 43,14%, suivie par la parotidectomie totale 11 cas soit 21,57%. Tous nos patients traités par une

thyroïdectomie ont reçus une hormonothérapie substitutive. L'évolution a été bonne dans 40 cas soit 78,43%. Il a été noté une paralysie récurrente unilatérale dans 03 cas d'adénome thyroïdiens et une paralysie faciale périphérique dans 08 cas d'adénome pléomorphe de la parotide.

Ces résultats nous démontrent l'importance de la prise en charge précoce des affections ORL et la communication pour le changement de comportement afin de prévenir les complications, car ces affections mettent en jeu la vie du patient et dégradent les conditions de vie socioéconomiques.

## CONCLUSION

Les masses cervicales constituent un symptôme de plus en plus fréquent en hospitalisation ORL dont la démarche diagnostique étiologique est difficile et repose sur un examen clinique rigoureux, un examen complémentaire ou para clinique pertinent, aidé par l'examen anatopathologique de la pièce opératoire.

**Mots clés :** Masse et/ou tuméfaction cervicale, goitres thyroïdiens, kyste du tractus thyroglosse, lymphangiome kystique, carcinome papillaire, cylindrome de la parotide, adénomes.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**En** présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

**Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis** à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

**Je** ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je** garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

**Même** sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**